



BOWLS CANADA BOULINGRIN

2451, prom. Riverside, a/s de la Maison du sport, Ottawa (Ontario),
K1H 7X7

Tél. : 613-244-0021 Téléc. : 613-244-0041

www.bowlscanada.com

Attestation de diagnostic pour les athlètes ayant un handicap physique

La personne dont le nom figure dans le présent document doit se soumettre au processus de classification dans le but de pouvoir participer aux compétitions provinciales ou nationales de Bowls Canada Boulingrin. Pour faciliter cette démarche, le diagnostic médical doit être confirmé, et ladite confirmation **doit** être transmise à Bowls Canada Boulingrin à l'adresse **office@bowlscanada.com**. **Ce formulaire doit être rempli par le médecin du bouliste, c.-à-d. un spécialiste qui est au fait des antécédents médicaux du bouliste.**

Remarque : Le présent formulaire d'attestation de diagnostic ne peut pas avoir été rempli plus de 24 mois avant la date à laquelle l'athlète présente sa demande de classification.

RENSEIGNEMENTS À PROPOS DU BOULISTE

NOM COMPLET : _____

ADRESSE : _____

N^o DE TÉLÉPHONE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

PAYS : _____ HOMME/FEMME/AUTRE

SIGNATURE DU DEMANDEUR : _____

(Le demandeur consent à ce que le médecin divulgue ces renseignements à Bowls Canada Boulingrin, y compris aux classificateurs qui doivent examiner cette information afin de déterminer l'admissibilité du demandeur.)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

CETTE SECTION PEUT UNIQUEMENT ÊTRE REMPLIE PAR UN DOCTEUR EN MÉDECINE.

NOM DU DEMANDEUR : _____

DIAGNOSTIC : _____

MÉDICAMENTS (liés au HP) : _____

CHIRURGIES (liées au HP) : _____

Investigations/radiographies pertinentes :

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE CETTE PERSONNE EST MON PATIENT DEPUIS ___ ANS, ET JE CONFIRME QUE LE DIAGNOSTIC SUSMENTIONNÉ S'APPLIQUE À CETTE PERSONNE ET QU'ELLE PEUT PRATIQUER CE SPORT.

NOM : _____ DATE : _____

SPÉCIALITÉ MÉDICALE : _____

N° DE PERMIS D'EXERCICE : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN : _____

Tampon du médecin :

Consentement de l'athlète : Je, (nom en caractères d'imprimerie) _____, autorise BCB à recueillir et à utiliser des renseignements personnels à mon sujet aux fins mentionnées dans la *Politique de confidentialité* de BCB. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en communiquant avec le responsable de la protection des renseignements personnels de BCB. Le responsable de la protection des renseignements personnels pourra m'informer des conséquences de cette décision.

Signature du demandeur : _____

Remarque : Les renseignements fournis dans le présent formulaire seront utilisés conformément au *Code d'éthique* de BCB/IBD/CPI pour la classification, dans le cadre du processus de classification des handicaps physiques.